

**Appropriatezza degli invii presso i CPS territoriali:  
un modello di intervento con i Medici di Medicina  
Generale**

Candidati

Dr. Giorgio Bianconi

Dr. Giovanna Valvassori Bolgè



**Corso di formazione manageriale per  
la rivalidazione del certificato**

anno 2023 - 2024

## **Corso di formazione manageriale per la rivalidazione del certificato**

Codice edizione : RIV 2301/BE

Ente erogatore : ECOLE

### **GLI AUTORI**

**Dr. Giorgio Bianconi:** Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Direttore SC Psichiatria Legnano. ASST Ovest

**Dr. Giovanna Valvassori Bolgè:** Direttore SC Psichiatria Magenta, ASST Ovest milanese

### **Il Responsabile didattico scientifico**

*Federico Lega*, Professore ordinario, Università degli Studi di Milano

Publicazione non in vendita.  
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento  
può essere pubblicata senza citarne la fonte.  
Copyright® PoliS-Lombardia

**PoliS-Lombardia**  
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano  
[www.polis.lombardia.it](http://www.polis.lombardia.it)

# INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
NORMATIVA E LETTERATURA	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	14
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	14
METODOLOGIA ADOTTATA	15
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	20
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	23
RISULTATI ATTESI	24
CONCLUSIONI	25
CONTRIBUTO PERSONALE	26
RIFERIMENTI NORMATIVI	27
BIBLIOGRAFIA	27

# INTRODUZIONE

L'appropriatezza è definibile come una *“componente della qualità assistenziale che fa riferimento a validità tecnico-scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanza e luogo, stato corrente delle conoscenze) delle prestazioni sanitarie”*. [...]

Un intervento (o servizio o prestazione) sanitario può essere definito appropriato secondo due prospettive assolutamente complementari:

- professionale: se è di efficacia provata, se viene prescritto solo per le indicazioni cliniche per le quali è stata dimostrata l'efficacia e se gli effetti sfavorevoli sono “accettabili” rispetto ai benefici; presuppone il trasferimento delle prove scientifiche nella pratica clinica e costituisce il necessario complemento alla Medicina Basata sull'Evidenza (EBM), ritenuta condizione necessaria ma non sufficiente per una buona medicina;
- organizzativa: se l'intervento viene erogato in condizioni tali (ambito assistenziale, professionisti coinvolti) da “consumare” un'appropriata quantità di risorse (efficienza operativa).

Il collegamento e la integrazione tra servizi di Cure Primarie, e più in particolare i Medici di Medicina Generale (MMG) e i servizi ambulatoriali di salute mentale (CPS - Centri Psicosociali in Regione Lombardia) risulta uno snodo cruciale già più volte affrontato a livello nazionale, regionale e locale, ma che ancora presenta molte criticità. In un periodo di forte carenza di personale e di risorse scarse, l'appropriatezza degli invii risulta a maggior ragione necessaria per evitare sprechi di risorse e per garantire interventi mirati.

Il CPS di Magenta ha un bacino di utenza di circa 128.000 abitanti; nel medesimo territorio sono presenti 72 MMG che afferiscono a 2 AFT.

Il grande turn-over dei MMG negli ultimi anni ha notevolmente sfilacciato la rete di relazioni che, sebbene poco strutturate, garantivano un buon controllo della domanda.

Attualmente a fronte di richiesta di prime visite presso i CPS in numero di circa 30/mese si è osservato che:

- vi è un alto tasso di utenti che non si presentano alla visita fissata nonostante il *reminder* telefonico fatto la settimana precedente. Di questi solo il 30% disdice.
- la maggioranza dei casi ha un codice di priorità 10 giorni che appiattisce l'urgenza e impedisce di fatto di intercettare i casi realmente gravi
- inoltre, molti MMG tendono a considerare l'invio al CPS l'unica opportunità di un percorso di cura per i pazienti che presentano disagio o malattia psichica (senza fare distinzione fra i due aspetti); ciò spesso a discapito dell'appropriatezza degli invii al CPS, ed un corrispondente consumo di risorse che in tal modo non possono essere dedicate all'utenza più grave e portatrice di bisogni più complessi. Vengono di fatto inviate situazioni che potrebbero ricevere risposte più appropriate nei consultori oppure nei servizi per le dipendenze o di alcoologia.

In sostanza il CPS si trova sovraccaricato di richieste inappropriate, con caratteristiche di urgenza che di fatto non riesce a evadere ma allo stesso tempo con un gran numero di appuntamenti che vanno “a vuoto”,

Se questo da un lato è il risultato della perdita di funzione “filtro” dei MMG, dall’altro è lo specchio della perdita della funzione di counseling dei servizi specialistici, sempre più chiusi nei propri ambulatori nonostante l’evidenza epidemiologica che rimarca la necessità di “unire le forze”.

## NORMATIVA E LETTERATURA

Già nella DGR n. 7/17513 del 17 maggio 2004 dal titolo “**Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale (PRSM) in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2002-2004**” era posto in evidenza che:

*“Il medico di medicina generale, nell’ambito della specifica attività clinica prevista dagli accordi collettivi nazionali e regionali, deve interagire a vari livelli con le strutture che svolgono attività nel campo della salute mentale, per assicurare l’iter diagnostico-terapeutico e assistenziale degli utenti. E’ altamente auspicabile lo sviluppo di progetti strutturati di collegamento tra i servizi psichiatrici e la medicina generale costruiti attraverso il coordinamento della ASL. Tali progetti dovrebbero tendere alla definizione e adozione di percorsi diagnostico-terapeutici per i disturbi psichici, a percorsi di consulenza con modalità strutturata di contatto e di risposta tra il DSM e il MMG, a definire procedure che facilitino il rapporto diretto tra servizi psichiatrici e medici di medicina generale anche attraverso forme di sperimentazione che prevedano forme associative di medicina generale” (p. 34)*

Nella stessa DRG era enfatizzato che lo sviluppo del modello proposto richiede di affrontare alcune tematiche organizzative fondamentali fra cui:

*“(…) il coinvolgimento forte del MMG, da attuarsi fin dalle prime fasi del contatto del paziente col servizio. In questo senso occorre che il DSM gestisca in modo strategico e non occasionale il rapporto con il MMG, sia come lavoro sui singoli casi sia nel senso di una più forte integrazione tra contesti (medicina generale e salute mentale). Il lavoro di collegamento tra servizi psichiatrici e medicina generale deve rappresentare una funzione permanente del Dipartimento di Salute Mentale in un dato territorio”.*

Il PSSR 2002-2004 ed il PRSM di cui alla DGR 7/17513 del 2004 definiscono la come **CONSULENZA** “una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche”. Nella fattispecie:

*“La consulenza riguarda una modalità di rapporto organizzato fra i servizi psichiatrici, principalmente i Centri Psicosociali (CPS) e i servizi della medicina generale (o servizi medici di altre discipline) per quegli utenti che non necessitano di assunzione in cura specialistica. Per rendere efficace il percorso di consulenza, deve esistere una modalità strutturata di contatto e di risposta tra il DSM e il MMG (nell’ambito delle modalità descritte dalla convenzione con i MMG). Tale modalità deve essere esplicitata in una procedura definita congiuntamente dai MMG e dal servizio psichiatrico nell’ambito di specifici progetti di collegamento costruiti anche attraverso il coordinamento della ASL. Un percorso di consulenza efficace si basa su una relazione stabile tra MMG e DSM. Ciò configura una nuova funzione specifica del DSM che necessita di personale dedicato. Essa deve essere*

*attuata attraverso azioni che implementino un modello organizzativo strutturato: esempi di tali azioni sono: incontri semestrali organizzati dal DSM per i MMG del territorio di competenza (es: aggiornamento di protocolli di trattamento, discussioni di casi clinici), organizzazione di una linea di comunicazione diretta per contattare lo specialista (telefono, posta elettronica) ed avere un parere in tempo reale, gruppi integrati di lavoro specialisti – MMG”.*

Fra le linee prioritarie di intervento, particolarmente per ciò che concerne i percorsi di cura per ansia e depressione (i cosiddetti Disturbi Psicologici Comuni), il PRSM del 2004 riconosce al Dipartimento di Salute Mentale – ed in particolare al Centro Psicosociale – la funzione di identificare **Progetti strutturati di collegamento con la medicina generale** costruiti in accordo con le ASL che garantiscano:

- (i) contributi professionali alla definizione e adozione di percorsi diagnostico-terapeutici nella medicina generale;
- (ii) supporto alle iniziative di formazione dei MMG;
- (iii) percorsi di consulenza con modalità strutturata di contatto e di risposta tra il DSM e il MMG;
- (iv) procedure che facilitino il rapporto diretto tra servizi psichiatrici e medici di medicina generale anche attraverso forme di sperimentazione che prevedano forme associative di medicina generale.

Nel **Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale** approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013 è fatto frequentissimo riferimento alla necessità di definire collaborazioni fattive fra DSM e la Medicina Generale:

*“I modelli operativi indicati per una psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità ben integrata con le risorse del territorio devono attuare percorsi di cura coerenti con i diversi bisogni e l’intervento in aree specifiche (es. il riconoscimento precoce dei disturbi gravi). Punto cruciale, destinato a crescere di importanza con la diffusione dei disturbi psichici e di quelli neuropsichiatrici dell’età evolutiva, è dato dal rapporto con i MMG e i PLS, snodo decisivo delle relazione medico-paziente”.*

Nel Piano di Azione Nazionale i MMG (ed i PLS) hanno un ruolo chiave in tutti i percorsi di cura che si riferiscono alle grandi Aree (Aree Bisogni):

- area esordi – intervento precoce
- area disturbi comuni (depressione e disturbi d’ansia)
- area disturbi gravi persistenti e complessi
- area disturbi infanzia e adolescenza

In particolare, la collaborazione DSM-MMG si identifica come “*garanzia*” del Livello Essenziale di Assistenza relativo alla tutela della salute mentale quando sono disponibili ed utilizzabili:

- il percorso di consulenza ai MMG da parte del servizio di psichiatria territoriale;
- la presenza di protocolli di collaborazione DSM-MMG per la gestione dei Disturbi Emotivi Comuni (ansia e depressione);

- la presenza di protocolli di collaborazione DSM-MMG per la gestione dei Disturbi della Condotta Alimentare (DCA);
- l’attivazione e lo sviluppo di modelli di psicologia/psichiatria di consultazione per la gestione dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all’invecchiamento;
- azioni volte alla promozione di corretti stili di vita nei pazienti psichiatrici in collaborazione con i MMG.

### **Servizi di Psichiatria Territoriale e Medici di Medicina Generale: L’importanza di “riunire le forze”**

Alcuni fattori hanno sostenuto negli ultimi decenni lo spostamento della frontiera della psichiatria verso il terreno delle cure primarie:

- il superamento della istituzione manicomiale, che ha contribuito a restituire al paziente grave il diritto alla cura presso il proprio Medico di Medicina Generale (MMG);
- l’emergenza di nuove domande di salute, legate soprattutto alla crescente prevalenza nella Medicina Generale (MG) dei disturbi depressivi e dei disturbi d’ansia (Disturbi Mentali Comuni) responsabili di significative compromissioni della qualità di vita e delle abilità;
- i cambiamenti culturali, che hanno determinato una ridefinizione del concetto di salute inteso come benessere bio-psico-sociale di cui il paziente è attivamente corresponsabile insieme al sistema curante, ponendo maggiore attenzione alla prevenzione e alla educazione
- le politiche sanitarie, che sostengono e tendono a favorire - tra l’altro - il passaggio del contesto di cura dall’ospedale alla comunità. Il MMG viene sempre più individuato come punto centrale dell’articolazione dell’assistenza sanitaria soprattutto per il paziente portatore di patologia/e cronica/che.

Nel tempo recente sono emersi con chiarezza alcuni problemi cruciali che attengono alla salute mentale: i) la grande diffusione dei Disturbi Mentali Comuni, che colpiscono, a seconda degli studi, il 20-25% della popolazione; ii) l’entità dell’impegno del Sistema Sanitario per la loro gestione sovrasta di molto quella dei Disturbi Mentali Severi, che colpiscono circa il 2% della popolazione; iii) anche nei Paesi che dedicano alla psichiatria di comunità cospicui finanziamenti, i Servizi specialistici hanno risorse per occuparsi solo di quest’ultima, più esigua ma qualitativamente molto consistente, frazione di pazienti.

Infatti, i disturbi mentali – e fra questi soprattutto quelli definiti “comuni” – rappresentano oggi un’importante sfida per i sistemi sanitari: i dati OMS del 2013 riportano che tra le prime 20 cause di impatto globale di malattia (Global Burden of Disease) compaiono cinque disturbi mentali: la depressione maggiore (al secondo posto), i disturbi d'ansia (al settimo posto), la schizofrenia (all’undicesimo posto), la distimia (al sedicesimo posto), e il disturbo bipolare (al diciassettesimo posto) si riconoscono come condizioni morbose tali causare di anni vissuti con disabilità (YLD – Years Lived with Disability)<sup>1</sup>. Gli scenari che si aprono sono a dir poco preoccupanti:

*I disturbi mentali e i disturbi da uso di sostanze e contribuiscono significativamente al global burden of diseases e ne sono direttamente responsabile per circa 7.4% in tutto il mondo. Questi disturbi hanno inciso più di quanto hanno fatto l'HIV / AIDS, la tubercolosi, il diabete e gli incidenti della strada<sup>1</sup>.*

Nel rapporto del OECD del 2014<sup>2</sup>, I Disturbi Mentali Comuni sono definiti come condizioni che hanno un significativo impatto sull’individuo e sulla società in quanto correlati:

- ❑ Ad un elevato livello di co-morbilità. La presenza di un disturbo mentale può ridurre la capacità di un individuo di gestire efficacemente i suoi disturbi cronici, con evidenti conseguenze sulla gravità, su altra morbilità, sulla mortalità e sul costo delle cure.
- ❑ A costi sociali ed economici. I Disturbi Mentali Comuni hanno una significativa relazione con maggiore disoccupazione, maggiore assenteismo, minore produttività sul posto di lavoro, e un aumento di richieste di invalidità.
- ❑ A variabili sociodemografiche. Individui con Disturbi Mentali Comuni (in particolare con disturbi d'ansia), hanno più probabilità di divorziare, e di essere sposati per un periodo di tempo più breve rispetto a popolazioni senza un disturbo mentale.
- ❑ A una più elevata presenza nel sistema della giustizia criminale. L'OMS ha stimato che una percentuale di soggetti detenuti compresa fra 40 e 70% soffre di un Disturbo Mentale).

Un aspetto particolarmente importante del problema riguarda il fatto che la gestione dei Disturbi Mentali Comuni investe soprattutto i servizi delle Cure Primarie: Il 24% dei pazienti che si rivolge al Medico di Medicina Generale (MMG) presenta un disturbo psichiatrico diagnosticabile secondo i criteri dell'ICD-10: i disturbi più frequenti sono depressione (prevalenza del 10,4%) e disturbo d'ansia generalizzata (7,9%). I MMG sono in grado di riconoscere il 39% dei casi di depressione e solo il 25% di tali pazienti riceve un trattamento antidepressivo appropriato<sup>3</sup>.

Il *Royal College of General Practitioners* e il *the Royal College of Psychiatrists* hanno stimato che nella realtà inglese, nell'ambito dell'attività del Medico di Medicina Generale (*General Practitioner*), entro una popolazione di 2000 utenti, si riconoscono<sup>4</sup>:

- 352 soggetti Disturbo Mentale Comune;
- 8 individui affetti da Disturbo Psicotico;
- 120 soggetti con dipendenza da alcol;
- 60 soggetti con dipendenza da sostanze;
- 352 individui con Disturbo Mentale Comune "sotto-soglia";
- 120 soggetti con un Disturbo Psicotico "sotto-soglia";
- 176 individui con disturbo di personalità;
- 100 soggetti con sintomi medicalmente non spiegabili secondo una diagnosi medica e non attribuibili ad altro problema psichiatrico.

La possibilità di garantire adeguate risposte ai vari bisogni di cura (e di continuità di cura) può essere ottenuta ritrovando la nozione dei tre livelli di assistenza (primaria, secondaria e terziaria) della ripartizione piramidale dei sistemi sanitari:

- ❑ all'ambito delle **cure primarie** (Medici di Medicina Generale) spetta la gestione dei disturbi psichiatrici comuni;
- ❑ all'ambito delle **cure secondarie** o **intermedie** (servizi di psichiatria territoriale e servizi psichiatrici di diagnosi e cura) spetta la erogazione di cure specialistiche per utenti con bisogni di cura (e di continuità di cura) complessi e condizionati dalla presenza/persistenza di disturbi psichiatrici maggiori;

- all'ambito delle **cure terziarie** o **avanzate** (strutture residenziali, centri di riferimento e di alta specializzazione) spetta la erogazione di progetti terapeutici e terapeutico-riabilitativi per utenti con bisogni di cura di elevata complessità temporaneamente non gestibili nei servizi territoriali ed ospedalieri "di secondo livello".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in un documento condiviso con l'Organizzazione Internazionale dei Medici di Famiglia (WONCA) ha proposto di affrontare il problema della gestione dell'ampio (e numeroso!) case mix con problemi psichiatrici comuni e disagio psichico che afferisce ai Medici di Medicina Generale con il termine "*primary care for mental health*":

*L'attenzione delle cure primaria alla salute mentale (primary care for mental health) è una componente essenziale di qualsiasi sistema sanitario ben funzionante. Tuttavia, per essere pienamente efficace ed efficiente, l'assistenza primaria per la salute mentale deve essere completata da ulteriori livelli di cura. Questi includono: (i) rapporti efficaci l'ambito delle cure secondarie a cui gli operatori delle cure primarie possono rivolgersi per riferimenti, supporto e supervisione; (ii) Collegamenti efficaci con i servizi informali e comunitari.*<sup>5</sup>

Le più recenti ed attente osservazioni del Royal College of Medicine britannico hanno puntualmente riferito dell'importanza di integrare gli sforzi e di sviluppare modelli *cost-effectiveness* sempre più adatti alla realtà ed alle risorse disponibili<sup>6</sup>:

*"Gli studi condotti in Gran Bretagna, negli Stati Uniti ed in altri paesi, hanno dimostrato la validità dei modelli di «collaborative care» nel garantire trattamento ed assistenza nell'ambito delle Cure Primarie per le persone con problemi di salute mentali e fisiche co-esistenti, coinvolgendo case manager che operi a stretto contatto con il medico di medicina generale e lo specialista psichiatra. NICE ora raccomanda questo approccio per il trattamento di depressione da moderata a grave espressa entro una condizione di salute fisica cronica"*

E ancora, una review statunitense conclude<sup>7</sup>:

*"La depressione può essere efficacemente curata nel setting di Cure Primarie utilizzando un approccio collaborativo evidence based, in cui i General Practitioners sono sistematicamente sostenuti dagli operatori dei servizi di salute mentale per una tipologia selezionata di utenti. I componenti fondamentali dei programmi di collaborative care che risultano più efficaci includono momenti di focus sui pazienti depressi identificati, interventi misurabili, il trattamento impostati sul modello "«stepped care»" con aumenti di livello (gradino) di intensità se i pazienti non miglioramento come previsto. Un tale approccio può migliorare drasticamente la soddisfazione del paziente e gli esiti sullo stato di salute. Questi principi di assistenza collaborativa sono molto coerenti con la nozione di «patient-centered medical homes» e di «accountable care» e potrebbero contribuire a rimodellare efficacemente i setting e le prassi delle Cure Primarie verso nuove riforme dei sistemi sanitari, con ovvie implicazioni, i modelli di erogazione delle cure e dei finanziamenti della sanità".*

La efficace integrazione fra servizi di salute mentale e servizi per le Cure Primarie rimane comunque un obiettivo fondamentale a fronte delle dimensioni epidemiologiche e delle dinamiche sociali del disagio e del disturbo psichico. Proprio il tavolo di lavoro avviato "*in tandem*" circa una decina di anni fa dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e dalla Società Italiana di Psichiatria (SIP) con lo

scopo di valorizzare la “medicina del territorio”, aveva definito le priorità dell’integrazione fra i due ambiti<sup>8</sup>:

- affrontare il problema della gestione delle patologie somatiche – abitualmente sottovalutate nelle persone affette da disturbi mentali gravi;
- definire strategie condivise per:
  - la decodifica e la gestione dei disturbi dell’umore (particolarmente la depressione) e dei disturbi d’ansia;
  - il riconoscimento precoce degli esordi psicotici;
  - il riconoscimento delle espressioni psicopatologiche della società di oggi, incentrando l’attenzione sulle situazioni a rischio (adolescenti, nuove dipendenze, migranti ...).

#### **4. Cure primarie e Servizi di Salute Mentale in Italia: un rapporto difficile di cui è sempre più necessario prendersi cura**

Nonostante in Italia vi sia una evidente coincidenza fra la nascita della Psichiatria Territoriale e quella del sistema delle Cure Primarie, e più in generale la nascita del Sistema Sanitario Nazionale – che fra i suoi scopi primi riconosce la necessità di trovare e mantenere efficace ed organico il collegamento fra medicina “di base” e servizi specialistici, ad oggi la possibilità di gestire i disturbi mentali entro i sistemi di cure primarie – o in collaborazione con loro – appare un possibilità remota e isolata poche realtà regionali.

In effetti, se in una decina di Regioni sono interessate da pratiche diffuse di collaborazione (Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Puglia, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria, Veneto; in Piemonte ed Abruzzo), solo in 2 Regioni (Emilia Romagna e, dal 2010, anche in Liguria) esistono Progetti regionali specifici di collaborazione/integrazione fra i servizi di Salute Mentale e i Medici di Medicina Generale<sup>9</sup>:

*“Quanto al fatto che la collaborazione della psichiatria con i Servizi sanitari di primo livello sia limitata a poco più del 50% del territorio nazionale viene da pensare (come effettivamente, purtroppo, è in realtà!) che la integrazione degli interventi rivolti al paziente sia considerata un optional dal nostro SSN e non un aspetto organizzativo e culturale di primaria importanza per la salute dei cittadini”.*

Nell’analisi di Asioli, nel nostro paese, la principale difficoltà nella realizzazione di un’efficace e coerente collegamento/integrazione fra i sistemi della Cure Primarie ed i Dipartimenti di Salute Mentale è rappresentato e dalla funzione affidata alla stessa Medicina Generale nel nostro sistema di assistenza e, conseguentemente, dal modo in cui è organizzata l’attività dei Medici di Medicina Generale.

A differenza dei Paesi che fondano il Sistema Sanitario sulla *Primary Care* (come la Gran Bretagna e la Spagna), la filosofia del nostro sistema pubblico di cure affida ai Medici di Medicina Generale un ruolo «debole» (per missione e risorse) e «marginale», rispetto all’Ospedale, che si identifica come il vero fulcro del Sistema Sanitario stesso. Come sostiene Borgonovi, è oggi necessario<sup>10</sup>

*“(...) valorizzare il ruolo dei medici di cure primarie che non possono più essere considerati prevalentemente come gatekeeper o esecutori amministrativi di indicazioni diagnostiche terapeutiche da parte dei medici specialisti”.*

Il nostro Sistema Sanitario, non senza difficoltà, sta attraversando una fase di importante transizione che, fra i vari aspetti, richiede che il Medico di Medicina Generale, oltre ad essere un erogatore di prestazioni assistenziali (spesso indicate dallo specialista), divenga gestore delle risorse e quindi responsabile delle scelte e dei percorsi di cura per il paziente. Questa nuova prospettiva avvicinerà il nostro Medico di Medicina Generale al *General Practitioner* britannico, con la possibilità di operare in strutture (le *clinics* del NHS), che più che poliambulatori sono piccoli “ospedali territoriali”, in cui insieme al team di Medicina Generale potrebbero operare infermieri, riabilitatori, specialisti delle discipline che più facilmente si trovano coinvolti nella assistenza di base (ginecologi, psichiatri, psicologi, pediatri, etc.).

Per ciò che concerne i disturbi mentali, il ruolo del MMG risulta ancora sensibilmente debole: il paziente psichiatrico – unico caso fra tutti gli utenti delle cure di secondo livello – può accedere direttamente al Servizio specialistico senza esservi inviato dal suo medico di fiducia.

*“Indipendentemente da qualsiasi interpretazione si voglia dare, la eccezione del libero accesso garantito al paziente psichiatrico – forse al di là delle intenzioni – è destinata a rimarcare la sua “diversità” e rappresenta una “opportunità” di utilità molto controversa, ma certamente stigmatizzante. Di sicuro, finisce per limitare ancora di più il ruolo e la responsabilità del MMG nella assistenza ai pazienti mentali, escludendolo da una scelta così determinante quale è quella di rivolgersi ad uno specialista, e rappresenta un ostacolo nell’organizzare percorsi di cura coerenti e integrati fra le diverse agenzie sanitarie che si occupano di lui”<sup>11</sup>.*

Tra gli aspetti che storicamente hanno ostacolato il successo dell’integrazione fra i servizi sanitari per la salute mentale ed i servizi per le Cure Primarie risultano rilevanti<sup>12</sup>:

1. La difficoltà dei Medici di Medicina Generale, da sempre organizzati secondo la logica di lavoro individuale/indipendente dei MMG, di coinvolgersi in una dimensione dipartimentale, analogamente al modello anglosassone. Ciò spiega almeno parte sia la scarsa omogeneità in materia di pratiche e modelli organizzativi, sia la capacità di integrarsi con altri ambiti sanitari.
2. La struttura dei servizi di psichiatra territoriale come che si definiscono anche come servizi di primo livello, cioè servizi che consentono anche l'accesso diretto ai cittadini senza un precedente rinvio del Medico di Medicina Generale. Questa apparente facilità di accesso per i pazienti con problemi di salute mentale è in realtà una caratteristica che può ostacolare la coerenza dell'azione, riducendo formalmente e sostanzialmente il ruolo del Medico di Medicina Generale. L'accesso libero può anche favorire l'uso inappropriato di risorse specialistiche di ambito psichiatrico a scapito del trattamento dei pazienti con più gravi disturbi mentali.
3. La mancanza di un modello culturale condiviso tra il servizi per la salute mentale ed i servizi di assistenza primaria a causa della difficoltà di applicare i sistemi nosologici ed i modelli operativi psichiatrici in quest’ultimo ambito. C'è anche una mancanza di conoscenza da parte degli psichiatri in merito alle modalità con cui i disturbi psichiatrici si esprimono negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale.

4. La mancanza di formazione per i Medici delle Cure Primarie nella gestione di disturbi mentali comuni e dei disturbi psichiatrici, nonostante l'attuale obbligo dei Medici di Medicina Generale di frequentare un corso di formazione triennale prima di accedere all'esercizio pubblico.

Arreghini, Agostini, Wilkinson condussero uno studio a Verona con 92 MMG che aveva lo scopo di indagare la prevalenza e le determinanti degli invii di pazienti da parte dei MMG ai servizi psichiatrici<sup>13</sup>. Dai risultati emerse che i MMG avevano inviato ai servizi psichiatrici il 7,3% dei 2 599 pazienti visti in un giorno; tra le determinanti considerate, nessuna delle caratteristiche relative al MMG esaminate (area di ubicazione dell'ambulatorio, età del medico, numero di pazienti in carico) era risultata significativamente associata all'invio. Rispetto alle cinque variabili cliniche prese in esame (*precedenti psichiatrici, problemi sociali, problemi psicologici riferiti, diagnosi di disturbo emotivo fatta dal MMG, malattie organiche*), quattro di queste risultarono positivamente associate nella correlazione con l'invio ai servizi psichiatrici territoriali: c'era infatti scarsa probabilità di inviare pazienti con diagnosi di malattia organica, mentre appariva evidente che l'interazione tra *precedenti psichiatrici e problemi sociali* e tra *problemi psicologici e diagnosi psichiatriche* aveva un effetto sulla decisione del medico di inviare i pazienti ai servizi specialistici. In particolare in presenza di lamentele psicologiche una diagnosi psichiatrica risulta non determinante per l'invio, mentre in assenza di lamentele psicologiche una diagnosi di depressione incrementa di molto il rischio di invio.

Un aspetto evidente dei problemi di collaborazione fra MMG e Servizi di Psichiatria territoriale è quindi rappresentato dall'appropriatezza degli invii: uno studio effettuato a Padova una dozzina di anni fa ha posto in evidenza che oltre la metà degli invii dei MMG non era adeguata<sup>14</sup>. Lo studio sottolineava che la maggior parte degli invii era rappresentato da Disturbi Mentale Comuni (DMC), buona parte dei quali avevano una espressività clinica sotto-soglia (in questi ultimi era evidente la comorbilità con patologie organiche). Gli autori concludevano sostenendo che:

*"(...) è probabile che il MMG abbia riconosciuto l'esistenza di un disagio ma non abbia saputo come "gestire" il caso (tipo di invio e richiesta di restituzione). E' possibile quindi che, talvolta il medico di base invii direttamente il paziente allo specialista senza alcun filtro e senza precisa richiesta in cui sia approfondito il motivo della consulenza in particolare per le patologie minori".*

affermando altresì che la domanda del MMG ha spesso una duplice valenza: nella richiesta di consulenza del MMG al servizio psichiatrico vi è spesso (più o meno nascosta) una delega della titolarità di cura, anche se il problema manifestato dal paziente non si configura come patologia mentale di gravità media o severa.

*"(...) il motivo principale degli invii ai servizi psichiatrici è attribuibile alla necessità di delegare allo psichiatra la responsabilità del paziente con probabile disturbo psichico (...) Da ciò si evincerebbe una certa mancanza della cultura della consulenza, per la quale risulterebbe utile una formazione specifica dei medici di base per migliorare l'appropriatezza degli invii ed il cui scopo ultimo sarebbe una maggiore integrazione e collaborazione tra agenzie sanitarie presenti nel territorio".*

Nell' studio padovano, i dati sulla proposta di presa in carico successiva all'invio, ha posto in evidenza la difficoltà del servizio psichiatrico (e dello psichiatra) di discriminare la domanda del MMG, con la conseguente tendenza del servizio di secondo livello di non limitarsi alla consulenza, con conseguente apertura di episodi di cura a favore di utenti con disturbi mentali comuni (o addirittura sotto-soglia). Per gli autori,

*“Tra i fattori che influenzano l’invio dei pazienti dagli ambulatori di Medicina Generale ai Servizi Psichiatrici oltre alle caratteristiche del paziente e quelle del medico di base, vi sono le caratteristiche di funzionamento dei Servizi Psichiatrici territoriali o ospedalieri. Il tipo di Servizio Specialistico che il medico di base ha a disposizione, determina in misura importante le modalità di invio”.*

E ancora

*“(…) gli psichiatri non sembrano saper discriminare con sufficiente attenzione la duplicità della domanda proveniente dal medico di base e tendono ad effettuare prese in carico anche rispetto a richieste di consulenza, adottando quindi criteri di presa in carico discutibili e inappropriati. Questa modalità non appartiene forse ai singoli medici quanto all’organizzazione dei Servizi Sanitari e alla modalità di erogazione dei servizi specialistici. Una minore flessibilità dei servizi specialistici può precludere una collaborazione con i medici di medicina generale che non trovano rispondenza alle loro esigenze”.*

Vi sono stati alcuni tentativi di approfondire gli aspetti che possono condizionare l’appropriatezza dell’invio e la relazione fra appropriatezza ed obiettivi dell’invio: nel complesso, le caratteristiche del *General Practitioner* che si possono definire relativamente stabili (età, sesso, razza/etnia e specializzazione in cure primarie) hanno poca influenza sull’invio ai servizi di salute mentale, a differenza di aspetti più variabili come l’esperienza clinica, il senso di autoefficacia e le esperienze di vita hanno un peso maggiore nell’appropriatezza dell’invio. Anche la diagnosi attribuita dal *General Practitioner* al paziente gioca un ruolo importante nella qualità dell’invio: l’invio condizionato dall’ipotesi diagnostica di Disturbo Depressivo implica più spesso la ricerca di assistenza specifica con l’obiettivo di un passaggio in cura al sistema di secondo livello, mentre la diagnosi di Disturbo dell’Adattamento implica più spesso un bisogno di convalida diagnostica oppure di supporto psicosociale<sup>15</sup>.

## **OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO**

L'obbiettivo è quello di ottenere, attraverso un lavoro di raccordo con i MMG:

- 1) la gestione dei Disturbi Emotivi Comuni da parte del MMG adeguatamente formati e supportati,
- 2) stabilire elementi clinici che aiutino i MMG a individuare criteri di gravità e quindi a identificare i casi da inviare allo specialista,
- 3) attivare e strutturare un servizio di teleconsulto ai MMG per aiutarli nell'inquadramento dei casi dubbi .

Gli strumenti per giungere agli obbiettivi sopramenzionati sono:

- Formazione ai MMG all'interno dei percorsi dedicati alle cure primarie, per fornire maggiori strumenti clinici e diagnostici di base,
- Elaborazione di una scheda di triage che orienti il MMG ad un invio in CPS in una logica di appropriatezza,
- Offerta di teleconsulto che potrebbe rappresentare un modello di co-gestione del paziente per i casi a minore complessità.

Ci si attende una riduzione degli invii inappropriati e riduzione dei pazienti che non si presentano alle visite fissate

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

Destinatari:

- AFT (e loro rappresentante) e MMG,
- Professionisti sanitari che operano nei CPS,
- Direttore di Distretto,
- Direzione Socio-Sanitaria Aziendale.

Beneficiari:

- Utenza.

## METODOLOGIA ADOTTATA

Analisi dei dati relativi agli invii al CPS di Magenta nell'anno 2023: per tale rilievo di dati si è utilizzata la cartella elettronica da anni in uso al CPS che permette di estrapolare sia dati numerici che percorsi di cura.

Nel 2023 presso il CPS di Magenta – in capo alla Struttura Complessa Psichiatria Magenta a sua volta inclusa nel Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze della ASST Ovest Milanese, i MMG del corrispondente territorio hanno inviato **397 nuovi utenti** con impegnative di “Prima Visita” così suddivise:

- 266 richiesta di prima visita psichiatrica
- 131 richiesta di prima visita psicologica

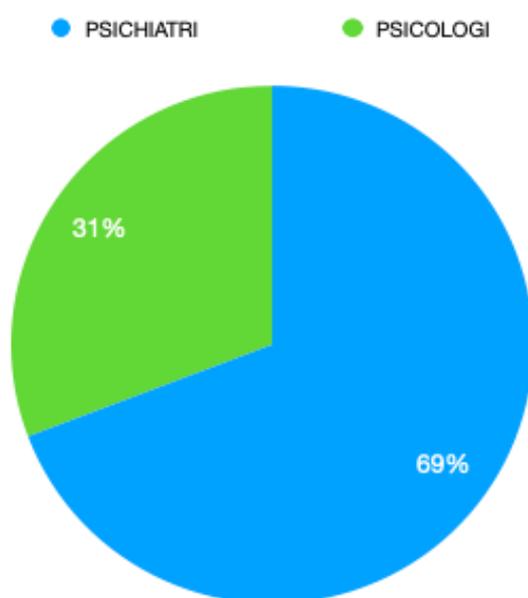


Fig. 1: **Prime visite 2023: distribuzione tra i professionisti**

Nei CPS, secondo la normativa vigente, è previsto l'*accesso diretto*, ovvero le Prime Visite sono direttamente programmate presso il CPS su esplicita richiesta dell'utente. A garanzia che la richiesta di diagnosi e cura non escluda il coinvolgimento del MMG, è richiesto all'utente di informare il suo MMG (qualora la Prima Visita non fosse espressamente richiesta dal MMG); il MMG redige l'impegnativa di Prima Visita e più o meno esplicitamente condivide la domanda ed il bisogno dell'utente stesso. Di fatto tutti gli utenti sono transitati dal MMG prima di sottoporsi a Prima Visita Psichiatrica o Psicologica.

Quando l'utente si presenta al CPS è accolto da un Infermiere in staff il quale::

- avvia una prima una analisi dell'impegnativa redatta dal MMG,
- raccoglie i dati anagrafici dell'utente,
- procede ad una breve valutazione della domanda dell'utente/valutazione dei bisogni guidata da una scheda dedicata (allegata),

Il giorno successivo all'accesso dell'utente, l'equipe del CPS discute la domanda nel corso di una riunione dedicata nella quale sono programmati gli appuntamenti incrociando il livello di priorità indicato dal MMG con i bisogni rilevati dall'operatore.

A seguire l'operatore di accettazione del CPS contatta l'utente per comunicargli la data dell'appuntamento

Come indicato dal PRSM 2002-2004, l'utente che accede alla Prima Visita si trova nel percorso "CONSULENZA" cui può seguire la restituzione al MMG o il passaggio negli altri due percorsi di cura

- ASSUNZIONE IN CURA, percorso di cui è titolare il CPS ed i Professionisti incaricati;
- PRESA IN CARICO, percorso di cui è titolare il CPS e dedicato a utenti con disturbi mentali gravi, ovvero bisogni complessi ad elevata intensità di cura/assistenza.

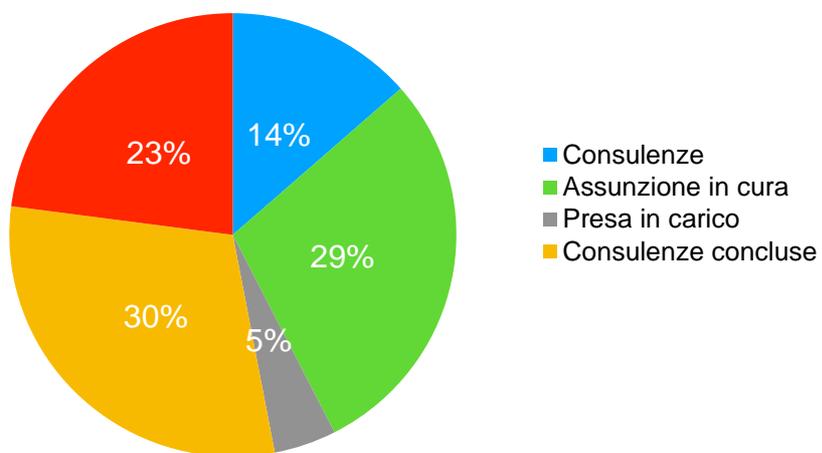
Le Consulenze non ancora concluse sono rappresentate da quei pazienti visti a fine 2023 che al momento della rilevazione dati, gennaio 2024 non avevano ancora una definizione del percorso di cura/reinvio.

#### **Analisi dei dati 2023 presso CPS di Magenta (prime visite):**

	<b>psichiatra</b>	<b>psicologo</b>
<b>consulenza conclusa</b>	80	18
<b>consulenza ancora non conclusa</b>	36	16
<b>assunzione in cura</b>	77	75
<b>presa in carico</b>	12	1
<b>non si presenta</b>	61	21

Tali valori vengono rappresentati nei grafici sottostanti:

### PSICHIATRI



### PSICOLOGI

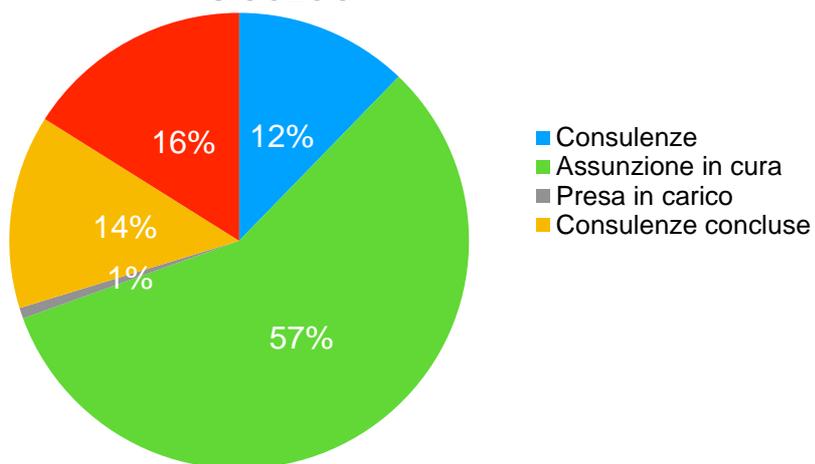
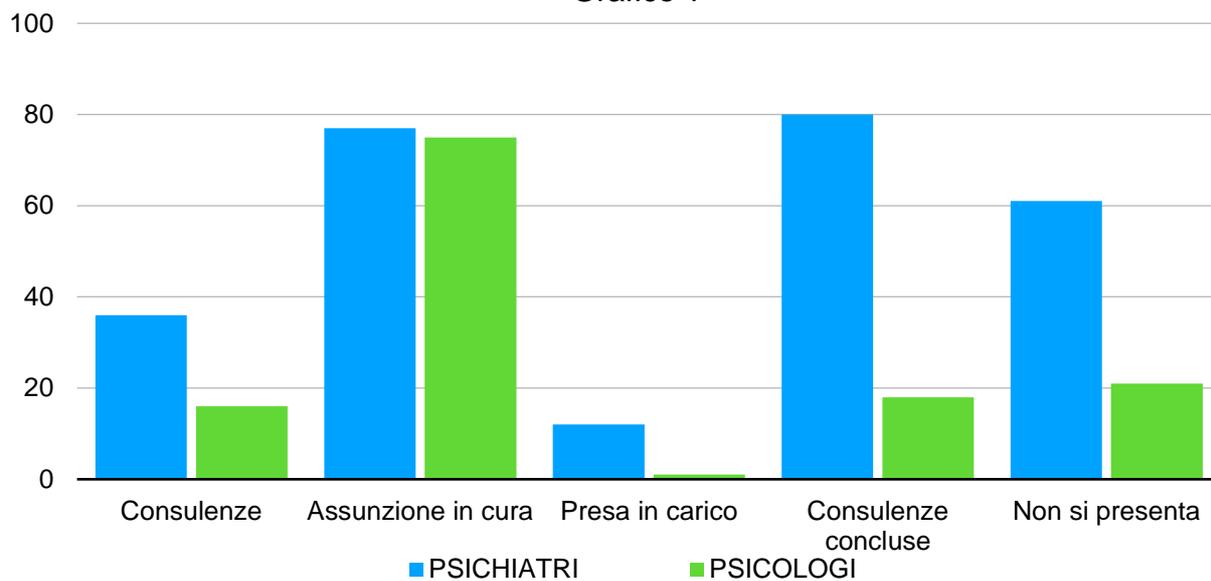


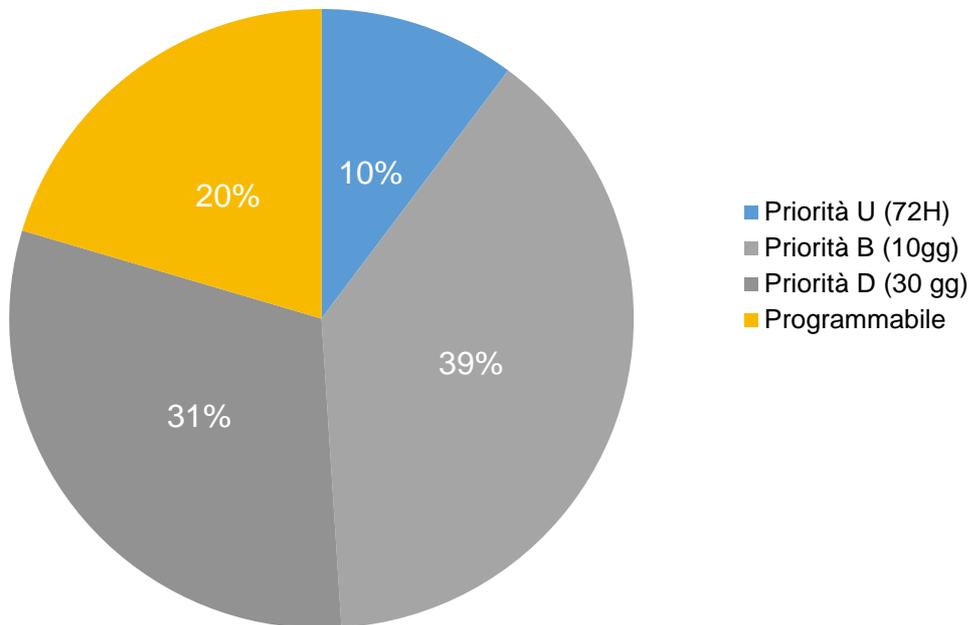
Grafico 1



Analisi delle **priorità di invio** delle visite psichiatriche (per le visite psicologiche non vi è un criterio di urgenza):

	priorità U (72h)	priorità B (10 gg)	priorità D (30 gg)	programmabile
Visite psichiatriche (pazienti che si sono presentati)	10%	39%	31%	20%

## Visite psichiatriche



I pazienti che non si sono presentati alle visite psichiatriche erano per metà visite programmabile e per metà equamente distribuiti tra le priorità 10 giorni (B) e 30 giorni (D)

L'analisi dei dati mette in evidenza:

- 1) l'elevato numero di pazienti che non si presentano alla prima visita fissata (20%). Nel corso dell'anno si è cercato di mettere un freno a tale fenomeno organizzando un reminder telefonico 7 giorni prima dell'appuntamento ma l'iniziativa non ha sortito effetti. Tra i fattori determinanti vi è da un lato l'impossibilità del CPS di erogare le visite nei tempi prestabiliti, stante il dimezzamento del capitale umano negli ultimi quattro anni, con conseguente spostamento sul privato, dall'altro fattori diversi quali la scarsa motivazione del paziente, la ricerca di risposta immediata senza i criteri della vera urgenza.
- 2) l'appiattimento della priorità sulla categoria B (10gg) senza una vera necessità determina l'impossibilità di far fronte alla massa di richieste nei tempi indicati e di conseguenza l'erogazione di invii con sempre maggiore urgenza. Il circolo vizioso: tempi lunghi di risposta - aumento dell'urgenza crea un intasamento dei servizi.

L'alto numero di pazienti che vengono reinviati ad altri servizi o al MMG indica da un lato la scarsa conoscenza da parte di questi ultimi dell'offerta degli altri servizi (es consultorio, SERT, NOA) e quindi una inappropriata dell'invio, dall'altra una scarsa conoscenza della gestione di Disturbi Emotivi Comuni che potrebbero essere gestiti in toto dal MMG. Spesso i rinvii al MMG avvengono con impostazioni di semplici terapie che non necessitano dello specialista

- 3) tenendo conto che una prima visita implica per lo specialista almeno 1 ora di tempo tra visita vera e propria, compilazione cartella, immissione dati nel sistema di rendicontazione, compilazione della visita sul sistema Galileo, si evidenzia l'enorme impiego di tempo/specialista

- 4) a fronte di ciò si assottigliano i tempi per dedicarsi, da parte dello specialista ai casi necessitanti una presa in carico multidisciplinare per le situazioni a maggiore complessità

## DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Il progetto mira a strutturare un collegamento con i mmg su più fronti ma con la unica finalità di ottenere invii appropriati e mirati che soddisfino i bisogni dell'utente senza spreco delle risorse disponibili.

### FASE 1 (marzo 2024)

condivisione del progetto con DSS e Direttore Distretto magentino

### FASE 2: (aprile 2024)

richiesta di riunione con i seguenti partecipanti: Direttore Distretto del magentino, i due rappresentanti AFT (con la possibilità di partecipazione dei mmg interessati), Direttore SC Psichiatria Magenta, un Dirigente medico CPS di Magenta

Nella riunione verranno esposti i dati sugli invii del 2023 nel CPS di Magenta ponendo il problema dell'appropriatezza ma anche della difficoltà di fornire risposte nel momento in cui i servizi, depauperati nel numero di risorse umane, devono razionalizzare gli interventi. Si sottolinea il rischio di una incapacità di intercettare le vere urgenze nel momento in cui tutto viene di fatto inviato come urgenza. Verranno accolte le esigenze dei MMG in relazione al nostro servizio specialistico.

### FASE 3: (Aprile-maggio 2024)

si propone un progetto pilota iniziando da un percorso formativo rivolto ai MMG della AFT che si candida, allo scopo di supportare i MMG a gestire i Disturbi Emotivi Comuni e più in generale la gestione del paziente psichiatrico.

Il percorso formativo, inserito nel loro piano formativo annuale (con il coinvolgimento della Direzione Socio-Sanitaria di ASST) potrebbe constare di 4 ore con i seguenti contenuti:

- fornire indicazioni sul perimetro di azione del CPS e presentare l'attività di altri servizi specialistici (NOA, SERT, Consultori) per evitare invii inappropriati che inevitabilmente non permettono il soddisfacimento del bisogno del paziente
- fornire strumenti diagnostici per intercettare i Disturbi Emotivi Comuni e presentare casi clinici reali per la discussione concreta delle diverse situazioni che si sono presentate
- proporre un breve questionario che il MMG possa somministrare al paziente allo scopo di rilevare informazioni cruciali per l'invio o meno allo specialista
- strutturare diversi livelli di intervento a seconda della gravità del quadro che va da un intervento del MMG all'invio allo specialista

Per disturbi emotivi comuni si intendono:

- Sindromi Fobiche
- Sindromi Ansiose: da attacchi di panico, ansiosa generalizzata, mista ansiosodepressiva
- Reazione Acuta da stress
- Sindrome Post-Traumatica da stress
- Sindrome da Disadattamento
- Sindromi Somatoformi.

### FASE 4:

Restituzione al gruppo, in base ai suggerimenti pervenuti, con la formalizzazione di un modello di intervento congiunto che si potrebbe così ipotizzare:

Livello	complessità di gestione	intervento
<b>1. presa in cura del MMG</b>	Bassa: episodi solitamente brevi di disturbo emotivo spesso reattivo ad eventi di vita	Valutazione e gestione diretta del MMG
<b>2.consultazione sul caso</b>	Media: disturbi più consistenti e duraturi di ansia/depressione	Confronto clinico con lo psichiatra/psicologo per valutazione e indicazione per la gestione Utilizzo del teleconsulto
<b>3. consulenza</b>	Media/alta : disturbi di ansia/depressione resistenti al trattamento, comorbidità	Invio del paziente al CPS con impegnativa per percorso di consulenza

Per la valutazione della gravità del caso, invece di proporre scale di valutazione che sono spesso difficili da gestire in quanto dipendono dalle attitudini del somministratore, abbiamo pensato di proporre brevi domande che rilevano anche una serie di parametri (per esempio il rischio suicidario), non sempre oggetto di indagine da parte del MMG ma che possono deporre per una vera urgenza:

<b>1 ansia</b>	si	no	da quanto tempo
<b>2 depressione</b>	si	no	da quanto tempo
<b>3 insonnia</b>	si	no	da quanto tempo
<b>4 inappetenza e riduzione peso</b>	si	no	quanti kg ha perso e in quanto tempo
<b>5 intenzionalità autolesiva</b>	si	no	da quanto tempo
<b>6 scadimento funzionamento (non riesce a lavorare/studiare/svolgere le abituali mansioni)</b>	si	no	da quanto tempo

7 presenza di caregiver conviventi	si	no	
8 eventi stressanti recenti	si	no	quali
9 pensiero illogico, contenuti inusuali del pensiero	si	no	da quanto tempo
10 uso di alcool/sostanze	si	no	da quanto tempo

Questo breve questionario permette di discriminare:

- casi gravi-invio allo specialista: positività item 5,6,9 (pensiero illogico/contenuti inusuali del pensiero e ideazione suicidaria/scadimento del funzionamento).
- casi di invio inappropriato da valutare perciò invio in altri servizi (presenza e prevalenza di item 10)
- in caso di positività agli altri item il MMG può:
  1. gestire direttamente il caso mediante una relazione di sostegno, indicazione di corretti stili di vita ed eventuale supporto farmacologico;
  2. richiedere una teleconsulenza al servizio specialistico fondata sui seguenti punti:
    - richiesta per conferma o approfondimento diagnostico
    - consulto terapeutico e riformulazione del piano di trattamento
    - invio concordata per complessità del quadro clinico
  3. indirizzare la persona assistita al CPS per
    - precedente trattamento non risultato efficace
    - pressione da parte dei familiari e/o del paziente
    - difficoltà a gestire la relazione con il paziente
    - presenza di effetti collaterali ed insoddisfacente risposta alla terapia
    - rivalutazione diagnostica per corretto inquadramento

FASE 5 (giugno-dicembre 2024) :

attivazione ed esecuzione del progetto con orizzonte semestrale

FASE 6 (gennaio2025): valutazione esiti

Verranno, al termine del progetto, analizzati i dati rispetto a:

- numero totale di nuovi invii al CPS

- analisi della priorità e coerenza di invio
- idoneità di invio rispetto alla patologia
- numero di teleconsulti effettuati
- questionario soddisfazione dei mmg coinvolti

E' ipotizzabile, qualora i risultati fossero soddisfacenti, poter estendere il modello ad altre AFT dei territori afferenti al DSMD dell'ASST ovest milanese

## **ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE**

Le attività progettate sono effettuate all'interno dell'orario di servizio degli operatori del servizio di psichiatria e non prevedono costi aggiuntivi (isorisorse)

## **RISULTATI ATTESI**

- ◆ Riduzione del numero di pazienti reinviati al MMG per inappropriatazza dell'invio
- ◆ Utilizzo del teleconsulto da parte dei MMG (numero/mese)
- ◆ Riduzione del numero dei pazienti che non si presentano alle visite fissate

Come effetto di quanto sopra ci si attende una riduzione tempi di attesa per visita in CPS e una maggiore tempestività a fornire risposta alle urgenze reali. Rispetto a tali parametri si ipotizza a fine 2024 una specifica rilevazione dati in modo da ottenere un confronto 2023/2024.

## CONCLUSIONI

Il progetto si pone l'obiettivo di strutturare un reale collegamento con i MMG nell'ottica dell'appropriatezza degli invii e della co-gestione dei casi tramite strumenti di teleconsulto. La carenza di risorse umane degli ultimi anni ha infatti ulteriormente stressato la necessità di razionalizzare gli interventi erogati.

L'inappropriatezza degli invii oltre a creare un disservizio per l'utente, porta infatti ad un consumo di ore/operatore che vengono di fatto sottratte alla gestione dei casi complessi/multiproblematici. Si rende quindi necessaria un'azione sinergica e una collaborazione virtuosa tra MMG e specialisti della salute mentale come peraltro caldeggiato da tutta la letteratura italiana e straniera.

Il progetto parte da un'analisi dei dati di accesso al CPS di Magenta di prime visite nell'anno 2023 analizzando il percorso dell'utente.

Si evidenziano:

- alto tasso di rinvii al MMG (si tratta di Disturbi Emotivi Comuni o di invii inappropriati)
- alto tasso di utenti che non si presentano alla prima visita fissata sottraendo ore/operatore

Viene quindi proposto un modello di intervento con i MMG sia di tipo formativo che mediante agevoli strumenti per discriminare la necessità di invio specialistico. L'utilizzo inoltre del teleconsulto potrebbe evitare invii non necessari supportando il MMG nelle scelte terapeutiche.

In conclusione questo progetto ha lo scopo di introdurre un collegamento con le cure primarie allo scopo di aumentare l'appropriatezza erogativa e quindi l'efficienza dei servizi specialistici permettendo di focalizzare l'attenzione sulle situazioni a più alta problematicità e quindi a soddisfare il bisogno di salute dell'utenza in modo più efficace.

## **CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)**

**Giorgio Bianconi** ha contribuito alla stesura del progetto e a strutturare la cornice normativa e la letteratura di riferimento

**Giovanna Valvassori Bolgè** ha contribuito alla rilevazione dati e alla stesura del progetto

## RIFERIMENTI NORMATIVI

DGR n. 7/17513 del 17 maggio 2004 dal titolo “**Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale (PRSM) in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2002-2004**”

**Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale** approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global (2015), regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**; 386: 7 p. 43–800.
- (2) Whiteford HA et al (2013), Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010, **The Lancet**, Volume 382, No. 9904, p. 1575–1586.
- (3) OECD (2014), **Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care**, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- (4) Ustun TB, Sartorius N. (1995) **Mental illness in general health care: an international Study**. John Wiley & Sons: Chichester.
- (5) Joint Commissioning Panel for Mental Health, **Guidance for commissioners of primary mental health care services, Volume Two: Practical mental health commissioning**, February 2012 (sitografia: [http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/JCP-MH%20primary%20care%20\(March%202012\).pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/JCP-MH%20primary%20care%20(March%202012).pdf))
- (6) modif. da: World Health Organization and World Organization of Family Doctors (2008) **Integrating mental health into primary care: a global perspective**, p. 15 (sitografia: [http://www.who.int/mental\\_health/resources/mentalhealth\\_PHC\\_2008.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf))
- (7) Preety Das, Chris Naylor, Azeem Majeed (2016), Bringing together physical and mental health within primary care: a new frontier for integrated care, **Journal of the Royal Society of Medicine**, Vol. 109(10) 364–366.
- (8) Jürgen Unützer, Mijung Park (2012), Strategies to Improve the Management of Depression in Primary Care, **Primary care** 39(2):415-31

- (9) Samani F, Ferrannini L (2008) Affrontare insieme la sfida della salute, del disagio, dei disturbi mentali: costituito un tavolo intersocietario SIMG-SIP, **Rivista SIMG**, 3, p. 5-7  
(sitografia: [https://www.progettoasco.it/riviste/rivista\\_simg/2008/03\\_2008/2.pdf](https://www.progettoasco.it/riviste/rivista_simg/2008/03_2008/2.pdf))
- (10) Fabrizio Asioli, Il ruolo dei Servizi Specialistici e delle Cure Primarie nella assistenza ai pazienti con disturbi mentali, **Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute**, vol. 56, n. 2, p. 217-224
- (11) Elio Borgonovi (2010), Prefazione, in (a cura di Eleonora Corsalini e Emanuele Vendramini) **Integrare la rete dei servizi territoriali. Contenuti, forme e risultati delle best practice in Italia**, Egea, Milano, p. X.
- (12) Fabrizio Asioli, Il ruolo dei Servizi Specialistici e delle Cure Primarie nella assistenza ai pazienti con disturbi mentali, **Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute**, vol. 56, n. 2, p. 217-224
- (13) Berardi D, Ferrannini L, Menchetti M, Vaggi M (2014) Primary Care Psychiatry in Italy, **Journal of Nervous and Mental Disease**, 202, p. 460-463.
- (14) Arreghini E., Agostini C. & Wilkinson G. (1991). General practitioner referral to specialist psychiatric services: a comparison of practices in north- and south-Verona. **Psychological Medicine** 21, 485-494.
- (15) Calogiuri V., Magnavita N., Angelozzi A. (2006), Analisi degli Invii dei Medici di Medicina Generale ad un Ambulatorio di Salute Mentale, **Minerva Psichiatrica**, 7, 199-207.
- (16) RL Kravitz, P Franks, M Feldman, LS. Meredith, L Hinton, C Franz, P Duberstein, RM Epstein (2005), What Drives Referral from Primary Care Physicians to Mental Health Specialists? A Randomized Trial Using Actors Portraying Depressive Symptoms, **Journal of General Internal Medicine**; 21:584–589